

## পরিশিষ্ট B

গুরুত্বপূর্ণ ফরম

# michiganlegalhelp.org-এ অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণের অনলাইন টুল

বিনামূল্যে ও আপডেট করা অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণের অনলাইন টুল michiganlegalhelp.org ঠিকানায় এবং স্প্যানিশ ভাষায় ayudalegaldemichigan.org ঠিকানায় পাওয়া যাবে। এছাড়াও আমরা এখানে একটি কাগজের ফরম অন্তর্ভুক্ত করেছি।

অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণের (কখনো কখনো যেটিকে “পাওয়ার অব অ্যাটর্নি” বলা হয়) জন্য প্রস্তুতি নেওয়া হলে তা অভিভাসন সংক্রান্ত আইন প্রয়োগের কারণে আপনি উপস্থিত থাকতে না পারলে আপনার সন্তান যাতে একজন বিশ্বস্ত কেয়ারগিভার পায় সে বিষয়টি নিশ্চিত করতে সাহায্য করতে পারে।

মিশিগানের আইনে বলা হয়েছে যে কোনো নোটারির স্বাক্ষর বা সাক্ষীর স্বাক্ষর ছাড়াই অভিভাবকীয় কর্তৃত্ব অর্পণ বৈধ হবে। তবে, যদি এই ফরম নোটারাইজ করা থাকে এবং সাক্ষীর স্বাক্ষরযুক্ত হয়, তাহলে কিছু ডাক্তার, স্কুল বা অন্যদের সেটি গ্রহণ করার সম্ভাবনা বেশি থাকে। এছাড়াও, অন্য কিছু স্টেটে DPA-তে সাক্ষীর ও নোটারির স্বাক্ষর থাকা আবশ্যিক। যদি আপনি এটিতে সাক্ষী ও নোটারির স্বাক্ষর যুক্ত করেন তাহলে এর মাধ্যমে আপনি প্রয়োজন হলে সেক্ষেত্রে আরেকটি স্টেটে সেটি গ্রহণযোগ্য হওয়ার সম্ভাবনা বৃদ্ধি করতে পারবেন। নোটারিদেরকে প্রায় ক্ষেত্রেই কাউন্টি ক্লার্কের অফিসের পাশাপাশি ব্যাংকে ও ক্রেডিট ইউনিয়নগুলোতে পাওয়া যায়।

যদি আপনি আপনার ফরম নোটারাইজ করেন, তাহলে আপনি নোটারির সামনে উপস্থিত হওয়ার আগে ফরমে স্বাক্ষর করবেন না।



ইচ্ছায় করেছেন বলে স্বীকার করেছেন।

\_\_\_\_\_

স্বাক্ষর

নাম: \_\_\_\_\_

নোটারি পাবলিক, মিশিগান স্টেট, \_\_\_\_\_ কাউন্টি

\_\_\_\_\_ কাউন্টিতে দায়িত্বরত

আমার কমিশনের মেয়াদ শেষ হবে: \_\_\_\_\_



## গুরুত্বপূর্ণ টেলিফোন নম্বর ও তথ্য

**জরুরি: গুরুতর জরুরি পরিস্থিতি দেখা দিলে  
911-এ ফোন করুন**

**বিমার তথ্য:**

স্বাস্থ্য বিমা

কোম্পানি:

পুলিশ বিভাগ:

ফোন নম্বর:

ফায়ার ডিপার্টমেন্ট:

পলিসি নম্বর:

আমার দেশের কনসুলেট:

**গাড়ির বিমা**

**যুক্তরাষ্ট্রে পরিবার/গুরুত্বপূর্ণ যোগাযোগের ব্যক্তি**

কোম্পানি:

**নাম:**

ফোন:

হোম ফোন:

পলিসি নম্বর:

সেল ফোন:

গাড়ি 1:

কর্মস্থল:

VIN #/প্লেট #:

সম্পর্ক:

গাড়ি 2:

**নাম:**

VIN #/প্লেট #:

হোম ফোন:

**বাড়ির বিমা**

সেল ফোন:

কোম্পানি:

কর্মস্থল:

ফোন:

সম্পর্ক:

পলিসি নম্বর:

**আমার দেশে পরিবার/গুরুত্বপূর্ণ যোগাযোগের  
ব্যক্তি**

**গুরুত্বপূর্ণ মেডিকেল তথ্য**

**নাম:**

**ডাক্তারের নাম:**

হোম ফোন:

ফোন:

সেল ফোন:

**ডেন্টিস্টের নাম:**

কর্মস্থল:

ফোন:

সম্পর্ক:

**পেডিয়াট্রিশিয়ানের নাম:**

**নাম:**

ফোন:

হোম ফোন:

**হাসপাতাল:**

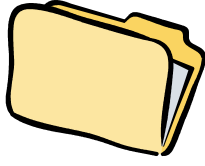
সেল ফোন:

ফোন:

কর্মস্থল:

**ফার্মাসি:**

সম্পর্ক:	ফোন:
----------	------



## গুরুত্বপূর্ণ পারিবারিক বেকড

সব গুরুত্বপূর্ণ তথ্য একই স্থানে পেতে এই ফরম ব্যবহার করুন। প্রতিটি ডকুমেন্টের মূল কপি একটি নিরাপদ স্থানে (যেমন লক বক্সে) রাখুন।

কর্মস্থলের গুরুত্বপূর্ণ নম্বর	গুরুত্বপূর্ণ স্কুল/ডে-কেয়ারের নম্বর
<b>নিয়োগকর্তা #1</b>	<b>স্কুল #1</b>
নাম:	সন্তানের নাম: 20100609~21
ফোন:	স্কুলের নাম:
সুপারভাইজার:	শিক্ষকের নাম:
শুরু হওয়ার তারিখ:	ফোন:
ইউনিয়নের প্রতিনিধি:	স্কুলের আইডি নম্বর:
ফোন:	সন্তানের নাম: 20100609~21
<b>নিয়োগকর্তা #1</b>	শিক্ষকের নাম:
নাম:	স্কুলের আইডি নম্বর:
ফোন:	<b>স্কুল #2</b>
সুপারভাইজার:	সন্তানের নাম: 20100609~21
শুরু হওয়ার তারিখ:	স্কুলের নাম:
ইউনিয়নের প্রতিনিধি:	শিক্ষকের নাম:
ফোন:	ফোন:
<b>আপনার যানবাহন সম্পর্কে গুরুত্বপূর্ণ তথ্য</b>	স্কুলের আইডি নম্বর:
<b>যানবাহন 1-এর মেক/মডেল:</b>	সন্তানের নাম: 20100609~21
প্লেট #:	শিক্ষকের নাম:
VIN/ID #:	স্কুলের আইডি নম্বর:
গাড়ির জন্য ঋণ:	<b>সোশ্যাল সিকিউরিটি #/ITIN</b>
বিমা:	<b>নাম:</b>
<b>যানবাহন 2-এর মেক/মডেল:</b>	নম্বর:
প্লেট #:	<b>নাম:</b>
VIN/ID #:	নম্বর:
গাড়ির জন্য ঋণ:	<b>নাম:</b>
বিমা:	নম্বর:

প্রতিটি যানবাহনের নিবন্ধন ও বিমার একটি কপি  
এবং প্রতিটি যানবাহনের একটি ছবি সংযুক্ত করুন।


প্রতিটি সোশ্যাল সিকিউরিটি কার্ডের একটি কপি  
সংযুক্ত করুন



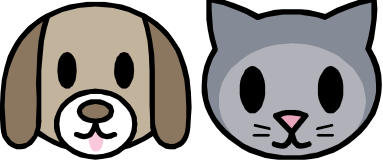
<b>পরিবারের সদস্য #1</b>			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	হ্যাঁ	না
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধপত্র:			
মেডিকেল অবস্থা ও মেডিকেল ইতিহাস:			
<b>পরিবারের সদস্য #2</b>			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	হ্যাঁ	না
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			
<b>পরিবারের সদস্য #3</b>			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	হ্যাঁ	না
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			
<b>পরিবারের সদস্য #4</b>			
নাম:			
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী:	হ্যাঁ	না
অ্যালার্জিসমূহ:			
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:			

<b>পরিবারের সদস্য #5</b>	
নাম:	
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী: <b>হ্যাঁ</b> <b>না</b>
অ্যালার্জিসমূহ:	
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:	
<b>পরিবারের সদস্য #6</b>	
নাম:	
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী: <b>হ্যাঁ</b> <b>না</b>
অ্যালার্জিসমূহ:	
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:	
<b>পরিবারের সদস্য #7</b>	
নাম:	
জন্মতারিখ:	অঙ্গ দানকারী: <b>হ্যাঁ</b> <b>না</b>
অ্যালার্জিসমূহ:	
ওষুধ/মেডিকেল অবস্থা ও ইতিহাস:	
<b>যেসব ব্যক্তি আমার সন্তানকে স্কুল/ডে-কেয়ার থেকে নিয়ে যেতে পারবেন</b>	<b>যেসব ব্যক্তি আমার সন্তানকে নিয়ে যেতে পারবেন না</b>
নাম:	নাম:
জন্মতারিখ:	
হোম ফোন:	নাম:
সেল ফোন:	
কর্মস্থল:	নাম:
সম্পর্ক:	

নাম:	*অনুগ্রহ করে আপনার সন্তানের স্কুলের কর্মীদেরকে অবহিত করুন যে এসব সেকশনে তালিকাভুক্ত ব্যক্তিদের আপনার সন্তানকে নিয়ে যাওয়ার অনুমতি রয়েছে অথবা অনুমতি নেই। *যদি কোনো রিস্ট্রেইনিং অর্ডার থাকে, তাহলে এই আদেশের একটি কপি সংযুক্ত করুন এবং আরেকটি কপি আপনার সন্তানের স্কুলে এবং/অথবা ডে-কেয়ারে জমা দিন।
জন্মতারিখ:	
হোম ফোন:	
সেল ফোন:	
কর্মস্থল:	
সম্পর্ক:	

	<h2>আইনি সমস্যা, পরিচয় চুরি, ও জালিয়াতির ব্যাপারে যোগাযোগের জন্য ব্যক্তি</h2> <p>আপনার নিরাপত্তার জন্য এই ডকুমেন্টে আপনার ক্রেডিট কার্ডের নম্বর অথবা অ্যাকাউন্ট নম্বর উল্লেখ করবেন না।</p>
<b>ক্রেডিট কার্ড কোম্পানি</b>	<b>আপনার আর্থিক বিষয়ে যোগাযোগের জন্য ব্যক্তি</b>
<b>কার্ড #1</b>	<b>চেकिং অ্যাকাউন্ট #1</b>
কোম্পানি:	ব্যাংক:
টোল ফ্রি নম্বর:	টোল ফ্রি নম্বর:
কার্ডে লেখা নাম:	যেসব ব্যক্তির অ্যাক্সেস রয়েছে:
<b>কার্ড #2</b>	<b>চেकिং অ্যাকাউন্ট #2</b>
কোম্পানি:	ব্যাংক:
টোল ফ্রি নম্বর:	টোল ফ্রি নম্বর:
কার্ডে লেখা নাম:	যেসব ব্যক্তির অ্যাক্সেস রয়েছে:
<b>কার্ড #3</b>	<b>সেভিংস অ্যাকাউন্ট #1</b>
কোম্পানি:	ব্যাংক:

টোল ফ্রি নম্বর:	টোল ফ্রি নম্বর:
কার্ডে লেখা নাম:	যেসব ব্যক্তির অ্যাক্সেস রয়েছে:
<b>ক্রেডিট কার্ড চুরি হলে তাৎক্ষণিকভাবে রিপোর্ট করুন!</b>	<b>সেভিংস অ্যাকাউন্ট #2</b>
	ব্যাংক:
	টোল ফ্রি নম্বর:
	যেসব ব্যক্তির অ্যাক্সেস রয়েছে:
<b>সরকারি এজেন্সির কন্টাক্ট</b>	<b>দেওয়ানি আইনি সহায়তা</b>
পারিবারিক নির্যাতন বিষয়ক সাহায্য:	আইনি সহায়তা:
পাবলিক প্রসিকিউটর:	অভিবাসন আইনজীবী:
শিশু নিপীড়ন সম্পর্কে রিপোর্ট করুন:	অন্যান্য আইনজীবী:

	<h2>পোষা প্রাণীদের জন্য জরুরি সেবা</h2>
<b>পোষা প্রাণী #1</b>	
নাম:	
জন্মতারিখ:	
প্রজাতি:	
বিবরণ:	
নিবন্ধন নম্বর:	
ওষুধপত্র:	
মেডিকেল সমস্যা:	
<b>পোষা প্রাণী #1</b>	
নাম:	

জন্মতারিখ:	
প্রজাতি:	
বিবরণ:	
নিবন্ধন নম্বর:	
ওষুধপত্র:	
মেডিকেল সমস্যা:	
<b>পশু চিকিৎসক</b>	<b>পোষা প্রাণীদের জন্য জরুরি আবাসন</b>
নাম:	নাম:
ফোন:	ফোন:
ঠিকানা:	ঠিকানা:
জরুরি ফোন নম্বর:	
<b>প্রত্যেক পোষা প্রাণীর একটি ছবি সংযুক্ত করুন!</b>	